

## Zu einer Konzeption gewerkschaftlicher Sozialpolitik

---

*Dipl.-Sozialwirt Erich Standfest, geboren 1943 in Fleißheim, studierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Nürnberg. Seit 1972 ist er Referent im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) des DGB. Er ist dort zuständig für die Bereiche Sozialpolitik, Finanzierungs- und Organisationsfragen, Selbstverwaltung.*

Die Funktion sozialpolitischer Grundsätze - und darüber hinaus eines gewerkschaftlichen Grundsatzprogramms - sollte unter anderem darin bestehen, bestimmte politische Positionen, die jeweils als Leitlinien für die Tagespolitik gelten können, für einen längeren Zeitraum festzuschreiben. Ein möglichst breit angelegter und frühzeitig einsetzender Diskussionsprozeß innerhalb der Gewerkschaften und in der Öffentlichkeit sollte dazu beitragen, sozialpolitische Positionen abzuklären und für eine möglichst große Breitenwirkung der diskutierten Problematik zu sorgen. Denn ein DGB-Grundsatzprogramm darf nicht ein Programm der Experten und Spitzenfunktionäre sein, sondern es muß ein Programm der Gewerkschaftsbewegung werden.

Dieser Beitrag versteht sich als ein Versuch, eine gewerkschaftliche sozialpolitische Programmatik zu skizzieren, die ihre Begründung in theoretisch und empirisch einsichtigen Entwicklungslinien und in grundlegenden gewerkschaftlichen Zielsetzungen findet. Dabei geht es nicht darum, über Zukunftsvisionen zu fabulieren, sondern darum, aus gegenwärtig beobachtbaren Entwicklungstendenzen in der Struktur unserer Gesellschaft *die Richtung* gewerkschaftlicher Antworten deutlich zu machen.

Organisierte Sozialpolitik ist der Versuch, gesellschaftliche Risiken (Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit, Einkommensausfall) und typische zusätzliche Belastungen (z. B. Wohnungsnot, Kinderaufzucht) auszugleichen bzw. zu verhindern. Sie ist damit ein wesentlicher Beitrag zur Reproduktion der Arbeitskraft und zur Verbesserung der Lebenslage großer Bevölkerungsteile. Gewerkschaftliche Sozialpolitik orientiert sich an den Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Familien sowie an den Bedürfnissen aller übrigen sozial schwachen Bevölkerungsgruppen.

Eine wirkungsvolle Sozialpolitik setzt voraus, daß sie angemessen auf soziale und gesundheitliche Risiken reagiert, d. h. sie muß sich entsprechend dem Wandel der

Risikostruktur verändern. Daher ist das Verhältnis von Risikostruktur und Sozialpolitik zu untersuchen (vgl. dazu die Zusammenstellung „Ausgewählte Daten und Indikatoren“ in diesem Heft). Es muß also gefragt werden nach der Veränderung der Risiken und ihren dominierenden Merkmalen; der Einbindung der Risiken in die Produktions- und Reproduktionsverhältnisse (Arbeitswelt, Wohnbedingungen, Familienverhältnisse etc.); den sozialpolitischen Bewältigungsstrategien und ihrer Wirksamkeit.

Schließlich wird als Ergebnis dieser Analyse zu zeigen sein, in welcher Richtung sich die gewerkschaftliche Strategie orientieren muß, um möglichst wirksam die von den Gewerkschaften vertretenen Interessen in den sozialpolitischen Entscheidungsprozeß einzubringen.

Die Risikostruktur und ihre theoretische Verarbeitung, gewerkschaftliche Ziele und Handlungsmöglichkeiten bilden somit die Basis für eine Konzeption gewerkschaftlicher Sozialpolitik.

### *Risikostruktur und Sozialpolitik*

Seit längerer Zeit spricht man in der Sozial- und Gesundheitspolitik vom „Wandel des Krankheitsspektrums“. Damit ist im wesentlichen gemeint, daß die Infektionskrankheiten von den chronisch-degenerativen Krankheiten (Herz-Kreislaufkrankheiten, Bronchitis, Erkrankungen der Bewegungsorgane) und den bösartigen Neubildungen als hauptsächliche Faktoren der Sterblichkeit und der Erkrankungshäufigkeit abgelöst wurden. Die sozialmedizinische und die epidemiologische (M. Pflanz: „Die soziale Epidemiologie befaßt sich mit der Häufigkeit, der Entstehung, der Auslösung und dem Verlauf von Krankheiten in Abhängigkeit von sozialen Variablen“) Forschung haben eine Anzahl sogenannter „Risikofaktoren“ (z. B. Rauchen, psychischer Streß) identifiziert, die mit diesen heute dominierenden Krankheiten in engem Zusammenhang stehen. Diese Risikofaktoren sind bestimmt durch

- das individuelle Verhalten,
- die Arbeitsbedingungen im weiteren Sinn (nicht nur die physischen Arbeitsbedingungen spielen eine Rolle, sondern ebenso Faktoren wie die betriebliche Hierarchie, Leistungen und deren Anerkennung, das „Betriebsklima“ etc),
- die Umwelt (z. B. Luftverschmutzung),
- die Reproduktionsbedingungen (Freizeit, Familienverhältnisse, Wohnbedingungen).

Zwischen diesen Bestimmungsgründen der Krankheitsfaktoren bestehen wiederum Zusammenhänge: z. B. zwischen monotonen Arbeitsbedingungen und Genußmittelmißbrauch oder zwischen Arbeitsbedingungen und Freizeitverwendung

und Wohnverhältnissen, die wiederum zurückwirken auf das individuelle Gesundheitsverhalten. Dabei muß bedacht werden, daß die Reproduktionsbedingungen (unter anderem) einen Ausgleich schaffen sollen zu den Belastungen der Arbeit. Die Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren deuten aber darauf hin, daß man sich hier in einem Teufelskreis bewegt: je niedriger der soziale Status (gemessen etwa am Berufsprestige, am Einkommen, am Bildungsniveau), um so schlechter die (gesundheitsgefährdenden) Arbeitsbedingungen und desto ungünstiger in aller Regel die Reproduktionsverhältnisse. Darauf deutet eine Vielzahl von Indikatoren hin: etwa die höhere Frühinvaliditätsquote bei Arbeitern, die höhere Säuglingssterblichkeit in den unteren sozialen Schichten, die generell bei Arbeitern höhere Arbeitsunfähigkeitsquote.

Analysiert man die sozialpolitische Strategie und Praxis vor diesem Hintergrund, so läßt sich folgendes feststellen: Eine Aufgabe der Sozialpolitik ist darin zu sehen, solche schichtspezifischen Defizite bei den gesundheitlichen und sozialen Risiken aufzuheben. Wir müssen allerdings feststellen, daß dies nur sehr unzulänglich gelingt, ja daß teilweise durch sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen die schichtspezifischen Unterschiede verstärkt werden. Dies wird einsichtig, wenn man sich vergegenwärtigt, daß ein pauschales Angebot an sozialen und gesundheitlichen Gütern bei jenen Gruppen auf eine lebhafte Inanspruchnahme stoßen wird, deren Nachfrageverhalten von einer besonders positiven Einstellung zu gesundheitlichen Zielen geprägt ist. Aus sozialwissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, daß solche Einstellungsmuster insbesondere bei mittleren und höheren Sozialschichten vorhanden sind.

Fragt man schließlich danach, welche Konsequenzen in der Sozial- und Gesundheitspolitik angesichts des häufig festgestellten Wandels der Risikostruktur gezogen wurden, so findet man eine Antwort nur in einigen schüchternen programmatischen Versuchen. Stellen wir zur Illustration das Verhältnis von Produktionsprozeß und traditioneller Sozialpolitik dar: Die Sozialversicherungspolitik übernimmt die im Produktionsprozeß verursachten, aber nicht berücksichtigten Risiken als soziale Kosten. Sie schafft damit wichtige Voraussetzungen für die rentable Verwertung des Kapitals. Die Folge für das Sozialleistungssystem ist, daß vor allem das materielle Leistungsrecht, das die Schäden ausgleichen sollte, ausgebaut wurde. Einer solchen Strategie der Kostenverlagerung scheinen allerdings Grenzen gesetzt zu sein, da offenbar die zur Reproduktion der Arbeitskraft notwendigen (Sozial-)Leistungen als Ergebnis zunehmender Risiken schneller steigen als das wirtschaftliche Wachstum, mit der Konsequenz von Finanzierungsproblemen („Kostenexplosion“). Die Überzeugung scheint zuzunehmen, daß der Wettkampf zwischen der Steigerung des wirtschaftlichen Wachstums und der Bewältigung seiner Folgekosten (nicht nur auf dem sozialen und gesundheitlichen Gebiet, sondern z. B. auch hinsichtlich der Umwelt-

Zerstörung) immer mehr dem Wettlauf zwischen Hase und Igel gleicht, wobei das (globale) wirtschaftliche Wachstum eher die Rolle des sich zu Tode laufenden Hasen spielt.

Die Ausdehnung des materiellen Leistungsrechts stößt auf einigen Gebieten an Grenzen der Finanzierbarkeit und der sozialpolitischen Gerechtigkeit; es wäre ein Trugschluß, wollte man die sozialen und gesundheitlichen Probleme von heute und morgen durch zunehmende Umverteilung, d. h. durch die „Arbeitsteilung“ zwischen Produktionsbereich und Sozialversicherungssystem lösen. Die heute vorherrschende Risikostruktur kann mit dem herkömmlichen Instrumentarium nicht angemessen angegangen werden. So ist etwa bei den chronisch-degenerativen Krankheiten der Behandlungserfolg unsicher, so daß der materiell-rechtliche Anspruch auf Heilmaßnahmen allein zu kurz greift. Als globale Konsequenz ergibt sich daher: Wenn die Ursachen der Risikofaktoren in gesellschaftlich bedingten Faktoren liegen, so muß man diese Faktoren beeinflussen, und wo dies (noch) nicht möglich ist, muß ein Ausgleich (z. B. durch gezielte Rehabilitation) geschaffen werden. Darauf aber ist die Sozialpolitik weder von der Organisationsstruktur noch von ihrem sonstigen Steuerungspotential her vorbereitet. Richtige Ernährung z. B. kann nicht mit materiell-rechtlichen Ansprüchen verordnet werden, die Einflußnahme auf gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen oder eine nahtlose Rehabilitation kann nicht mit einer Organisationsstruktur geschehen, die sich von der konkreten Arbeitswelt abgedichtet hat und deren Institutionen voneinander abgeschottet sind. Vorbeugende, wiederherstellende und wiedereingliedernde Sozial- und Gesundheitspolitik kann nicht wirksam betrieben werden, wenn man auf die Aktivierung der Betroffenen verzichtet. Sozialpolitik durch Rechtsansprüche muß daher ergänzt werden durch eine sozialpolitische Strategie der *Mobilisierung der Arbeitnehmer und ihrer Familien*, damit soziale und gesundheitliche Ziele wirksam in die Gefährdungsbereiche der Arbeitswelt, der Umwelt und der „privaten“ Lebensbedingungen eingebracht und durchgesetzt werden können.

#### *Produktion und Verteilung von Sozialgütern*

Die Produktion und Verteilung von Sozialgütern gewinnen für die Lebensbedingungen der Bevölkerung eine immer größere Bedeutung. Im Bereich der Sozialversicherung handelt es sich dabei insbesondere um die Sach- und Dienstleistungen, deren Anteil an den gesamten Leistungen sich beständig erhöht. In der Krankenversicherung signalisiert das Lohnfortzahlungsgesetz einen Markstein in ihrer Entwicklung von einer Einkommensumverteilungsinstitution zu einer gesundheitspolitischen Organisation.

Sozialgüter haben insbesondere zwei Merkmale, die für eine sozialpolitische Strategie von Bedeutung sind:

- der Zugang zu Sach- und Dienstleistungen ist für den anspruchsberechtigten Personenkreis grundsätzlich „kostenlos“, d. h. es gibt keine ökonomischen Barrieren der Inanspruchnahme; sie sollen denjenigen zugute kommen, die einen entsprechenden Bedarf haben;
- die Produktion und die Verteilung dieser Güter erfolgen also nicht über irgendwelche Marktmechanismen (wie zum Beispiel bei Konsumgütern), sondern durch politische Entscheidungen.

Fragen wir, wie die traditionelle Sozialpolitik diese Probleme „gelöst“ hat.

Der freie und gleiche Zugang zu den Sozialgütern wird *formal* durch gesetzliche Vorschriften gewährleistet. Damit ist aber noch nichts entschieden über die *tatsächliche* Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme. Diese hängt vielmehr von den Fähigkeiten und den Interessen der Beteiligten ab, d. h. von den Interessen der Leistungsanbieter und den Bestimmungsgründen der Nachfrage. Wir können davon ausgehen, daß das Ergebnis dieser Steuerungsmechanismen nicht identisch ist mit dem sozial- und gesundheitspolitisch angestrebten Anspruch auf Chancengleichheit. Wir können dies im wesentlichen auf zwei Defizite zurückführen:

- Erstens sind die *Interessen der Leistungsberechtigten* bei der Gestaltung des Angebots nicht beteiligt, so daß die Verteilung des Angebots (z. B. in regionaler oder qualitativer Hinsicht) etwa ärztlicher Leistungen höchst ungleichgewichtig ist; eine Steuerung über die Nachfrage ist offensichtlich nicht gegeben;
- zweitens haben weder die Sozialleistungsträger noch die Leistungsanbieter „*kundenorientierte Subsysteme*“ in einem Maße entwickelt, die in der Lage wären, Defizite in der Bedürfnisartikulation bei bestimmten Personen und Bevölkerungsgruppen auszugleichen und so eine „bedürfnisgerechte“ Inanspruchnahme zu gewährleisten.

Wer fällt nun im gegenwärtigen Sozial- und Gesundheitssystem die „politischen Entscheidungen“, die die Produktion und Verteilung von Sozialgütern steuern? Die Festlegung der Bedarfsnormen (z. B. das „Niveau“ der medizinischen Versorgung, die Qualität der beruflichen Weiterbildung) erfolgt in erster Linie durch autoritative Fixierung nach traditionellen Maßstäben durch die Gesetzgebung, die Ärzteschaft und die Bürokratie; die Umsetzung der Bedarfsnormen ist im wesentlichen der professionellen Medizin und der Sozialbürokratie, ihre Kontrolle der Sozialgerichtsbarkeit übertragen worden. Die *Interessen der Leistungsberechtigten* sind nur am Rande eingebracht: indirekt über die allgemeinen Wahlen sowie im Konfliktfall über die Sozialgerichtsbarkeit.

Wir können also feststellen, daß die „politische“ Entscheidung über Produktion und Verteilung von Sozialgütern in einem vom Gesetzgeber fixierten Rahmen von Experten und von der Bürokratie getroffen werden. Insofern können wir also nicht von einem politisch legitimierten, sondern von einem *technokratischen Herrschafts-*

*System* sprechen, dessen Legitimation in der „Sachgerechtigkeit“ (wissenschaftliche Begründung des Medizinbetriebs, rationale Gebundenheit der Bürokratie) der Entscheidungen gesehen wird. Nun wird aber gerade die umfassende, wissenschaftliche Begründung des Medizinbetriebs massiv bezweifelt und ein Auseinanderklaffen von Anwendungsmöglichkeiten der Medizin und deren wissenschaftlicher Begründung festgestellt. Die modernen medizinischen Maßnahmen sind nicht immer harmlos und verursachen so hohe Kosten, daß Patienten, Planer und Politiker die Tatsache nicht mehr übersehen dürfen, daß der Nutzen, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von recht vielen medizinischen Maßnahmen nicht bewiesen sind. So fehlt nach *Cochrane* ein Beweis für die Überlegenheit der Intensivpflegestation über die häusliche Behandlung beim Herzinfarkt, für die Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung des leicht erhöhten Blutdrucks und für den Nutzen der Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes) mit Tabletten. Es werden Zweifel geäußert über die Nützlichkeit der Mehrzahl der Mandeloperationen, und es bestehen berechtigte Zweifel über die Nützlichkeit auch anderer Operationen (z. B. bei der Behandlung vieler Knochenbrüche). Der Nutzen der prophylaktischen Anwendung von Blutgerinnungshemmern ist umstritten. Medikamente, die nur bei bestimmten Mangelzuständen wirken (z. B. Vitamine) werden in sogenannten Stärkungsmitteln auch von Patienten konsumiert, die nicht an diesen Mängeln leiden. Unter den Vorsorgeuntersuchungen scheint sich zu bewahrheiten, daß die meisten sogenannten medizinischen *check-ups* für das Wohlbefinden weniger wirksam sind als Ketch-up<sup>1</sup>. Die „Unvoreingenommenheit“ und die „Rationalität“ der Bürokratie muß als illusionistische Vorstellung bezeichnet werden. Ihre Tätigkeit und Entscheidungen sind von formalen Vorschriften und Abläufen sowie von der Möglichkeit einer gerichtlichen Nachprüfung geprägt. Beides hat mit den Interessen von Leistungsempfängern nicht sehr viel gemeinsam.

#### *Die Verteilung von Geldleistungen*

Betrachten wir die monetäre Umverteilung in der Sozialversicherung, so ist festzustellen, daß aus gewerkschaftlicher Sicht vor allem die Leistungen der Arbeitslosenversicherung und der Alterssicherung einer Problematisierung bedürfen. Während bei der Arbeitslosenversicherung vor allem das (niedrige) Niveau problematisch ist, handelt es sich bei der Alterssicherung eher um ein Verteilungs- als um ein Niveauproblem. Nach den empirischen Ergebnissen, die wir vorliegen haben, kann gesagt werden, daß wir ein Gefälle haben

- zwischen den verschiedenen Alterssicherungssystemen (Beamtenversorgung, Sozialversicherung, Zusatzversorgung),
- innerhalb der einzelnen Alterssicherungssysteme,

---

<sup>1</sup> Dr. Geiser in der Schweizerischen Ärztezeitschrift, zit. nach Ch. v. Ferber, Selbstverwaltung - Risiko oder Chance, Bonn-Bad Godesberg 1977 (im Erscheinen).

das als ungerechtfertigt bezeichnet werden muß<sup>2</sup>.

Fragen wir kritisch nach den Ursachen für diese verteilungspolitischen Diskrepanzen, so läßt sich in aller Kürze folgendes feststellen: Die Verteilung von Geldleistungen ist im wesentlichen an den ökonomischen Prinzipien orientiert, die im marktwirtschaftlichen Produktions- und Verteilungsprozeß gelten. Das Äquivalenzpostulat in der Sozialversicherung (Leistung = Gegenleistung) ist marktwirtschaftlichen Verteilungspostulaten (Entlohnung entsprechend dem Beitrag zur Produktion) entlehnt. Unabhängig vom ideologischen (weil nicht begründeten) Gehalt dieser Postulate muß gesehen werden, daß sie gesellschaftliche Anerkennung und damit ein hohes Konfliktlösungspotential besitzen. Eine Veränderung in der Verteilung bei den Geldleistungen in der Alterssicherung, die weniger am früheren Einkommen, dafür aber stärker an Bedarfs Gesichtspunkten orientiert ist, wird daher erhöhte Anforderungen an politische Prozesse der Konsensfindung benötigen.

### *Konsequenzen für die gewerkschaftliche Sozialpolitik*

Die systematische Vernachlässigung von sozialen und gesundheitlichen Zielen im Produktionsprozeß mit ihren kurz- und vor allem längerfristigen Folgewirkungen widerspricht den Interessen der Arbeitnehmer. Die dominierende Risikostruktur erfordert eine Orientierung der Sozialpolitik an Vorbeugung und Rehabilitation. Die zentrale Frage an vorbeugende Sozial- und Gesundheitspolitik lautet: Wie können die Risiken und Konflikte, mit denen sie es zu tun hat, möglichst weitgehend an den Ort ihres Entstehens, in die Gefährdungsbereiche zurückgeführt werden?

Für die Umsetzung eines solchen Programms sind bisher kaum Strategien entwickelt worden (sieht man von den Risiken ab, die in den Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung fallen). Solche Strategien können auch nicht allein betriebsbezogen entwickelt werden (z. B. durch eine Erweiterung der Aufgaben der Unfallversicherung auf paraprofessionelle Krankheiten), da dies die multikausale Einbettung dieser Risikofaktoren in berufliche und „private“ Bedingungen vernachlässigen würde. Eine sozialpolitische Strategie der Beeinflussung von Gefährdungsbereichen hat insbesondere die Wirksamkeit folgender Faktoren ins Kalkül zu ziehen:

- die Orientierung an kurzfristigen Rentabilitätsgesichtspunkten und an aktuellen Einkommensinteressen kollidiert in erheblichem Maße mit der Durchsetzung gesundheitlicher Interessen;
- damit hängt teilweise zusammen das Machtproblem, d. h. die Verfügbarkeit über Arbeitsplätze, Arbeitsbedingungen und Produktionsprozesse (Investitionen);
- das Problem der Information, insbesondere der Umsetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in politische Programme und praktische Umsetzung.

---

<sup>2</sup> Zu Einzelheiten s. die Ergebnisse der WSI-Studie Nr. 31 und den Beitrag von A. Schmidt in diesem Heft.

Daraus wird ersichtlich, daß vorbeugende Sozialpolitik insbesondere eine abhängige Variable von Mitbestimmungsrechten der Arbeitnehmer ist. Man sollte sich aber davor hüten, in diesem Zusammenhang die beschränkten Mitbestimmungsrechte zu beklagen und allein die Hoffnung auf formale Rechte zu setzen. Mitbestimmung bliebe blind, wenn sie nicht die Inhalte von Entscheidungen verändert.

Für die Sozial- und Gesundheitspolitik wird man zumindest sagen können, daß das *bestehende Mitbestimmungspotential* vor allem in personeller Hinsicht für die Umsetzung vorbeugender Politik erst einmal mobilisiert werden muß. Das gilt sowohl für die betriebliche Basis (200 000 Betriebsräte, 80 000 Sicherheitsfachkräfte) für die Tarifpolitik, aber auch für die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung (ca. 35 000 Versichertenvertreter, einige tausend Versichertenälteste). Die Gewerkschaften können diese Aufgaben nicht allein leisten, aber sie verfügen über das notwendige (Macht- und Legitimations-)Potential, um Initiativ- und Koordinationsaufgaben wahrzunehmen, die erforderlich sind, um die Sozialpolitik mit den konkreten Arbeits- und Lebensbereichen zu verknüpfen. Es muß angestrebt werden, den Sozialleistungsträgern eine organisatorische Struktur zu geben, die funktions- und zielbezogen auf örtlicher/regionaler Ebene (z. B. Rehabilitation) die Nachteile der institutionellen Gliederung überwindet. Auf diese Weise könnte die Sozialversicherung Subsysteme schaffen, die die Trennung von konkreten Arbeits- und Lebensbereichen und Sozialpolitik überwinden.

Bei der Produktion und Verteilung von Sozialgütern müssen Antworten gefunden werden auf die Frage, wie Arbeitnehmerinteressen bei der *Durchführung* der Sozialpolitik vertreten werden können. Offensichtlich kann durch die Formulierung von Ansprüchen und Forderungen an den Gesetzgeber allein die Durchsetzung dieser Interessen nicht gelingen. Dies mag bei Barleistungen eine angemessene Strategie darstellen, bei Sach- und Dienstleistungen reicht sie aber nicht aus.

Wir gehen davon aus, daß insbesondere zwei Aufgaben zu erfüllen sind: Erstens die Vertretung von Interessen gegenüber der Herrschaft von Experten und Bürokraten; zweitens die Mobilisierung und Aktivierung für soziale und gesundheitliche Ziele.

Wenn es richtig ist, daß z. B. die Veränderung von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen derzeit den größten gesundheitlichen Ertrag bringt, dann liegt die wichtigste Bedingung des sozial- und gesundheitspolitischen Fortschritts darin, inwieweit es gelingt, die Bestimmungsgründe „riskanter Gewohnheiten“ zu beeinflussen, die Laien für die Mitwirkung an Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung zu mobilisieren.

Die wirksame Vertretung von Interessen der Leistungsberechtigten gegenüber der Dominanz von Experten und Bürokraten erfordert den Aufbau von Gegenmachtstrategien. Die Sozialversicherungsträger als die Organisationen, die Versi-



cherteninteressen zu vertreten hätten, müßten diese sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe übernehmen. Dazu müssen sie über ihre derzeitigen Funktionen -insbesondere Verwaltungs- und Inkassofunktionen-hinaus sozial- und gesundheitspolitische Kompetenzen entwickeln. Sie müssen aus der Sicht der Interessen ihrer Mitglieder Vorstellungen z. B. über die Standards sozialer und gesundheitlicher Versorgung formulieren und gegenüber der Anbieterseite vertreten. Sie müssen Formen der Bedürfnisermittlung und der Wirksamkeitskontrolle von sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen (z. B. bei der Rehabilitation) finden. Dazu müssen sie sich auch der wissenschaftlichen Forschung öffnen.

Die wichtigste Voraussetzung zur Durchführung eines solchen Programms dürfte darin liegen, daß eine dauerhafte und wirksame Beziehung zwischen Sozialversicherung und ihrer „Basis“ geschaffen wird. Dafür ist die Entwicklung dezentraler Organisationsmodelle wichtigste Vorbedingung. Die Gewerkschaften, die ja bereits eine relativ enge Anbindung an die „Basis“ haben, müßten hier initiativ werden.

Selbstverständlich stehen einer solchen sozialpolitischen Strategie gewaltige Hemmnisse entgegen: die Unbeweglichkeit großer und auf eine beinahe hundertjährige Tradition sich berufender Institutionen sowie die politische Neutralisierung der sozialen Selbstverwaltung durch die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber. Diese Hemmnisse können nur durch die Aktivierung „neuer“, zusätzlicher Machtfaktoren überwunden werden. Die „Produktivkraft Partizipation“ (*Naschold*), die breite Mobilisierung der Laien, kann diesen zusätzlichen Machtfaktor darstellen.

Im Rahmen einer solchen Strategie fällt den Gewerkschaften eine ganz zentrale Rolle zu. Sie verfügen sowohl über das organisatorische wie auch über das Machtpotential, um eine solche Mobilisierung tragen zu können. Mit der Umsetzung einer solchen Strategie würde ein Weg begangen, der auch einen erfolgversprechenden Versuch darstellt, das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes zu konkretisieren. Denn die umfassende Partizipation der Laien erscheint nicht nur notwendig für das bessere Funktionieren, für die Weiterentwicklung und für Reformen des Sozial- und Gesundheitswesens, sie ist gleichzeitig auch das Instrument, um die Sozial- und Gesundheitspolitik zu demokratisieren.

Fassen wir zusammen: Aus der Analyse der Risikostruktur und der Sozialversicherungspolitik ergibt sich, daß die „Modernisierung“ der Sozial- und Gesundheitspolitik vor allem Strategien erfordert, die vorbeugend in die Gefährdungsbereiche soziale und gesundheitliche Ziele einbringen und durchsetzen können und bei der Produktion und Verteilung von Sozialgütern die Interessen der Laien gegenüber der Herrschaft der Experten und Bürokraten organisieren.

Den Gewerkschaften fällt die Aufgabe zu, die dazu erforderlichen Mobilisierungsprozesse zu initiieren und zu tragen. Über die funktionale Bedeutung für die Sozial-

und Gesundheitspolitik hinaus könnte dies ein Modell abgeben für die Entwicklung der „realen Republik“, die Demokratisierung des Sozialstaats. „Sicher ist: Das Wie der gebotenen Demokratisierung regelt die ‚Sozialstaatsklausel‘ nicht; sie verhält sich nur über das Daß. Gleichwohl könnte bei der aussichtslosen Suche nach Regelungen des Wie in der ‚Sozialstaatsklausel‘ überraschend die reale Republik gefunden werden. Es gab, jedenfalls nach der Legende, auch einmal einen Alchimisten, der Gold machen wollte und dabei unversehens Porzellan fabrizierte - ein unbestritten nützliches Erzeugnis für den täglichen Gebrauch<sup>3</sup>.“

---

<sup>3</sup> H. Ridder, Nachwort zu: Sozialstaatsprinzip und Wirtschaftsordnung, hrsg. von O. E. Kempen, Frankfurt, New York 1976, S. 247.